



Instituto Nacional do Seguro Social
Convênio FUNCEF / CAIXA / INSS

REQUERIMENTO DE PENSÃO

OL		NB (PREENCHIMENTO INSS)			E
23.001.702					
NOME DO SEGURADO				NB – ANTERIOR (PREENCHIMENTO FUNCEF)	
DATA NASCIMENTO	DATA DO ÓBITO	ESTADO CIVIL			
		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Sep. Jud.			
CTPS (NÚMERO E SÉRIE)	PIS/PASEP	CPF		SEXO	
/					
RELAÇÃO DE DEPENDENTES					
NOME	VÍNCULO	EST. CIVIL	DATA NASC.	INVÁLIDO	INCAPAZ
NOME DO TITULAR			QUALIDADE		
			<input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Tutor		
			<input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Procurador		
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA				TELEFONE (DDD e número)	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a **ocorrência de óbito** ou **emancipação de dependentes** deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão.

A falta do cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

CÓDIGO PENAL – ART 171: OBTER, PARA SI OU PARA OUTREM, VANTAGEM ILÍCITA, EM PREJUÍZO ALHEIO, INDUZINDO OU MANTENDO ALGUÉM EM ERRO MEDIANTE ARTIFÍCIO, ARDIL OU QUALQUER OUTRO MEIO FRAUDULENTO.